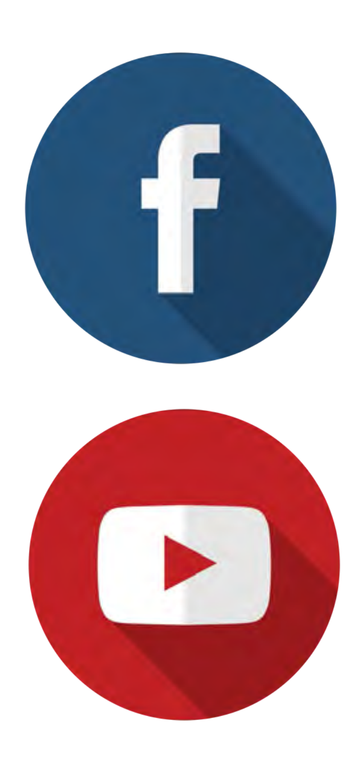
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







CHU MUSTAPHA
CLINIQUE CHIRURGICALE B

POLYPE ET POLYPOSE

DR N. FENNICHE

Définition :

Le polype est une Lésion **macroscopique** circonscrite faisant saillie dans la lumière du tube Digestif, sur lequel elles s'implantent directement (sessile) ou soit par l'intermidiaire d'un pédicule (pédiculé).
Il s'agit d'une entité purement macroscopique qui recouvre une grande diversité de lésions histologiques .

En fonction du nombre des lésions on parle de :

- **polype sporadique** (1 à quelques éléments)
- **polypose** (10 à 100 ou plus éléments)

La plus part des polyposes sont héréditaires, et sont associés à un risque élevé de cancer.

POLYPES

CLASSIFICATION

I.1/Polypes se développant au dépend de la muqueuse :

1/Polypes néoplasiques:

Bénin: Adénomes = 80% (tubuleux, villeux, tubulovilleux)
Malin : Carcinome non invasif et invasif

2/Polypes non néoplasiques:

- P Hyperplasique.
- P Inflammatoire : pseudopoype inflammatoire – réaction inflammatoire sur corps étranger – réaction granulomateuse sur infection parasitaire.

I.2/Polypes se développant au dépend de la sous muqueuse :

Benin : Lipome, léiomyome, hémangiome, fibrome, neurofibrome
Malin : Lymphome, carcinoïde, sarcome

ETUDE DES DIFFERENTES FORMES ANATOMO CLINIQUES

I. Polype néoplasique : adénomes :

A/ DEFINITION:

Tumeur bénigne épithéliale qui se développe à partir des glandes mucipares du colon. Lésion dysplasique prédisposant au risque du CCR ce risque justifie le dépistage.

Adénome : **80%** des polypes rectocoliques.



B/ ANAPATH :

1 /Macroscopique :

– Nombre : Unique : 2/3
– Forme : Pédiculé : 2/3, Sessile : 1/3
-- Taille : < 1cm : P de petite taille, >2cm : P de grande taille

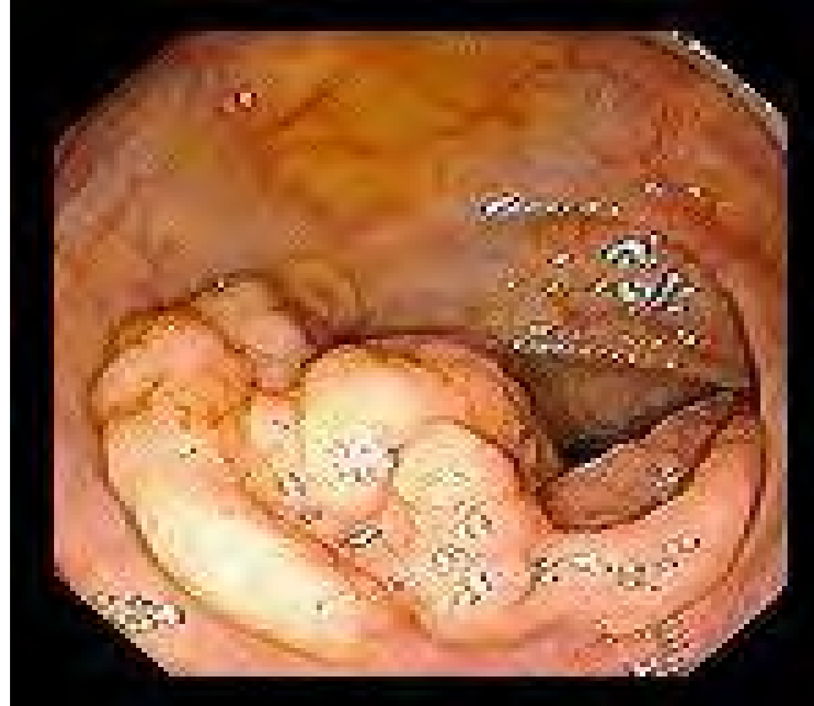
2/ Microscopique : Les adénomes st classés en 3 s/grp :
a- Adénomes tubuleux (80 - 86%, expriment une faible dysplasie.
b– Adénomes Villeux : (8 - 16%), expriment parfois une dysplasie sévère
c–Adénomes Tubulo-villeux (3-16%)

Le potentiel malin est proportionnel :

La taille (<1cm :2%, 1-2 cm :10% , >2 cm :50%),Type histologique villeux ,Degré de sévérité de la dysplasie







C/Manifestations cliniques :

– **1/CDD** :

Dépistage :Rectosigmoidoscopie +++

Fortuite

Symptômes digestifs spécifiques ou non.

– **2/symptômes clinique:**

La majorité des patients sont asymptomatique, les symptômes peuvent être:

Spécifique : rectorragies (gros polype bas situé), syndrome rectal (tumeur villeuse rectale)

Non spécifique

D/ Ex. complémentaires :

1– **Rectosigmoidoscopie**:

2- Coloscopie : Gold standard
Permet la détection des polypes, diagnostic des polypes dégénérés. Permet un geste thérapeutique.

3– LB:
La détection les gros polypes (image lacunaire)
N'a d'indication qu'en cas d'echec ou de CI à la coloscopie en raison de la faible sensibilté et la nécessité de preuve histologique.

4- **Echoendoscopie :**
Intérêt dans le bilan d 'extension loco-régionale des polypes dégénérés.

E/Évolution:

Séquence Adénome –Kc : est bien établie.

Facteur de risque de dégénérésence :

1- Taille > 1cm : risque est proportionnelle à la taille de l'adenome.
2–Type histologique : haut grade de malignité+++
3–Degré de dysplasie : adénome villeux ou tubulo-villeux évolue+++ vers le cancer

F/ TRT et surveillance :

1/Buts :

Prévenir le risque de dégénérescence par:

– Résection de tout adénome.

– Etude histologique de la totalité du polype.

– recherche d'une transformation maligne qui modifie la conduite à tenir.

– Surveillance endoscopique.

2/Moyens :

a/ TRT endoscopique

• Mesures préalables :

– Hospitalisation

– Bilan biologique : bilan d'hémostase (TCA, TP, Plaquette)

– Arrêt de tout traitement altérant l'hémostase : anticoagulant, antiagrégant plaquette



•Techniques :

-Electrocoagulation . -Exérèse -Mucosectomie.

b/TRT chirurgical:

– Polypectomie/voie endoanale :Polype < 12-15cm de la marge anale.
– Résection segmentaire colique .

3/ Indications :
•Pédiculé :

-Polype petite taille : Pince chaude/ ou anse diathermique.
– Pédicule taille moyenne : Electrocoagulation par anse diathermique
– Pédicule grande taille : anse diathermique sinon chirurgie.
Sessile : mucoséctomie

Tm villeuse : TRT chirurgical

II/Polypes non néoplasiques:

1– Polype hyperplasique

-Définition : Se présente sous forme d'un allongement des cryptes glandulaires, bordées de cellules de hauteur irrégulière ce qui leur donne 1 aspect festonné caractéristique

Macroscopie :

Siège : Rectum 3/4 cas (68% des polypes du rectum sont hyperplasiques)
Nombre : multiple
Taille = petites 2mm-6mm
Aspect : sessile, surface lisse couleur

– Clinique : Asymptomatique + souvent, parfois symptomes non spécifiques.

-Traitement :

Ils doivent être réséqués : car on ne peut les différencier des adénomes macroscopiquement
il n 'est pas recommandé de réaliser une coloscopie totale si présence de polype distal



2- Polypes juvéniles

–C’est 1 polype hamartomateux

– Ce sont des polypes retentionnels : multiples cavités kystiques remplies de mucus, pus ou sang,
– plus fréquent chez l’enfant < 10 ans.
– Souvent unique, pédiculés, 3mm-2cm
– Siège : rectum 85%

– Pas de potentiel malin si unique.
– TRT: résection



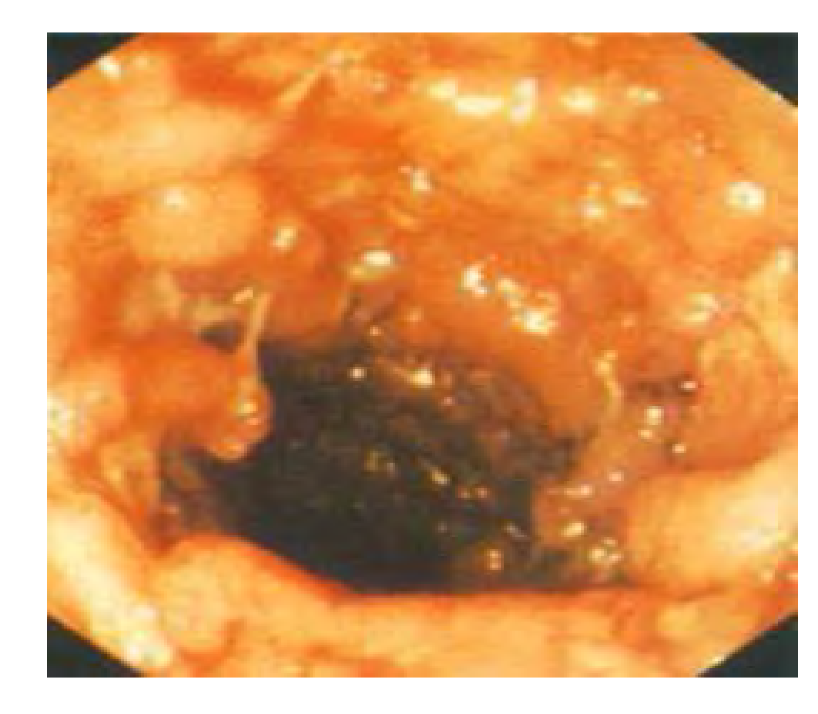
3– Polypes inflammatoires

- Plusieurs lésions inflammatoires localisées peuvent prendre 1 aspect polypoide

– Pseudo-polypes inflammatoires des MICI

– Rx granulomateuse sur corps étranger

– Rx granulomateuse sur infection Parasitaire…



Polyposes gastro-intestinales

1.Introduction :

Polyposes gastro intestinales: présence de nombreuses lésions polyploïdes à travers le tractus gastro-intestinal.
La plus part d'entres elles sont héréditaires, et sont associés à un risque élevé de cancer.

Les avancés génétiques ont permis une meilleure compréhension.

A/ Polypose adénomateuse familiale :

DEFINITION :

Maladie héréditaire a transmission autosomique dominante, liée à la mutation du gène APC (adenomatous polyposis coli), caractérisée par présence de plus de 100 adénomes dans le colon et le rectum transformation maligne inéluctable en absence de TRT prophylactique.

2 Types :

Polypose familiale : sans manifestations extra-coliques associées

Syndrome de Gardner : associée à des manifestations extra-colique

EPIDEMIOLOGIE :

. Fréquence :

Fréquence de la mutation de APC : 1/10 000 naissance.

Responsable de 1% des CCR.

. Age :

Souvent : DC se fait entre 15 – 45 ans.

Les adénomes apparaissent à l'adolescence.

ANATHOMOPATHOLOGIE :

Siège : rectum (atteinte constante) ; colon.

Taille : souvent petites taille.

Nombre : > 100 ; parfois si nombreux incomptable : aspect de tapis de haute laine.

Forme : sessile, pédiculé, plan, festonné



ETUDE CLINIQUE ET PARACLINIQUE :

Découverte fortuite (autre pathologie, dépistage).
Symptômes non spécifiques : Douleurs abdominales, troubles du transit, rectorragies.
Apparition des symptômes doit redouter la dégénérescence.

Examen physique : Normal dans cette forme
Recherche : signes de dégénérescence (masse, AEG…) et manifestations extra colique .
Examen proctologique : polype accouchée par l'anus, formations rectales.

Endoscopie basse (rectoscopie, coloscopie) : visualise les polypes et biopsies.

Bilan des manifestations extra-coliques : systématique :

FOGD (polypes gastro duodenale), transit du grêle (polypes), écho (tumeur desmoide), fond d'oeil, panoramique dentaire.

Evolution

Sans TRT : Dégénérescence maligne : exceptionnelle avant 20 ans, 100% à 40ans.

Sous TRT : PC dépend de l'apparition d'autres localisations : les plus graves sont :

Polypes duodénaux.

Tumeurs desmoides

FORMES CLINIQUES :

Formes associées à d'autres manifestations extra-coliques :

Syndrome de Gardner

Manifestations digestives :

Gastriques : polypes :

Polypose glandulo-kystique fundique :

Pas de potentiel malin.

Polypes de l'antre :

Type adénomateux dans 10% des cas. Dégénérescence rare : 2%.

Duodénales : polypes : · Très fréquents.

· Prédominance région péri-ampullaire. · Type adénomateux.

· Risque de dégénérescence est élevé.

Jéjunum et Iléon : polypes : Type adénomateux. Dégénérescence : rare.

Extra-digestives :

Tumeurs desmoides :

Tumeur fibreuse bénigne, d'évolution lente, sans potentiel malin.

Siège : mésentère, paroi ou la cavité abdominale, espace rétropéritonéal.

Clinique : asymptomatique ou compression (digestive, urinaire, vasculaire).

Atteinte osseuse : ostéomes.

Anomalies dentaires : dents surnuméraire ou manquantes.

Atteinte occulaire : 80% des cas.

Taches hypo- ou le plus fréquemment hyper-pigmentaires de la rétine.

Pathognomonique de PAF si : > 3 lésions quelle que soit taille, ou de 2 à 3 lésions dont 1 de grande taille.

Souvent précède adénomatose colique de plusieurs années.

Atteinte cutanée : tumeurs bénignes (kystes épidermoïdes ou sébacés).

Néoplasies associées :

Cancers papillaires de la thyroïde (femme).

Hépatoblastomes

TRAITEMENT

BUT

Prévenir la dégénérescence

TRT et prévention des manifestations extra-coliques.

MOYENS ET INDICATIONS :

2.1 Atteinte rectocolique : 2.1.1 Chirurgie :
Deux choix chirurgicaux:
coloprotectomie avec anastomose ileo anale (AIA)

colectomie avec anastomose ileo rectale (AIR)

Quand opérer ?

Dans la 3ème décade dans les pays anglosaxons, plut tôt en Europe (20 ans au maximum).

2.1.2 Traitement endoscopique:

Destruction : Laser , Plasma argon.

Résection a l'anse diathermique

Pour les polypes adenomateux gastrique, duodénaux, iléaux, rectaux restants.

7/ DEPISTAGE

En l'absence d'analyse génétique :

Tous les sujets à risque (apparentés au 1er degré à un sujet atteint de polypose)
Surveillance endoscopique annuelle (avec Bx systématiques) dès l'âge de 11 ans jusqu'à 25 ans, puis tous les 2 ans jusqu'à 35-40 ans.
Si Analyse génétique est réalisée :
La mutation est présente colectomie prohylactique.

La mutation est absente^{è} une coloscopie doit être programmée entre 18 et 25 ans.

B/ Syndrome de PEUTZ JEGERS

Définition :

Héréditaire : transmission autosomique dominante : gène LKB1.

Caractérisé par : Polypose gastro-intestinale + Lentiginose péri-orificielle.

Anatomopathologie :

Macroscopie :

Taille : qq. mm è peuvent atteindre 5 cm.

Siège : grêle (le plus fréquemment atteint), colon, estomac.

Microscopie : hamartome.

3. Manifestations cliniques :

Polypose gastro-intestinale :

Symptômes : douleurs, HD basse, occlusion.

Pas de dégénérescence des hamartomes.

Lentiginose péri-orificielle : Apparaît dans les 1ères années de vie.

Topographie : péri-orificielle, palmoplantaire.

Risque de cancer :

Extradigestives : poumon et génitale (sein, col utérin, trompes, ovaires, testicules)

Digestives : non en rapport avec les hamartomes mais co-existence des foyers adénomateux (estomac, intestin, côlon, pancréas, voies biliaires). Risque : 13%.

Traitement :

Polypes coliques : résection si symptomatique ou volumineux.

Polypes du grêle : résection (endoscopie, si échec : chirurgie).

Surveillance : difficile :

Chaque an : TG, mammographie, écho pelvienne et testiculaire, frottis du col

Chaque 2 ans : endoscopie digestive.